※再送の場合はいずれかに〇をつけて送信してください（ 追加・変更・取消 ）

公社）日本精神保健福祉士協会「ソーシャルワーク研修 2014」係

ＦＡＸ．０３－５３６６－２９９３

（申込締切 2014 年 10 月 14 日）

2014 年　　月　　日発信

→ まず記入

【必須】 参加希望のテーマに☑し、その他必要項目をお書きください（演習班分け等の参考のため）。	
11 月1日(土)	11 月2日(日)
□テーマ１　業務指針の意義と実践的活用に向けて （ご所属種別に☑を入れてください □医療機関　□地域生活支援機関　□高齢者対象施設等 □行政機関　□福祉関係施設等　□教育機関　□学生 □その他（　　））	□テーマ３　精神保健福祉士による災害支援活動
※テーマ２、４、５の受付は終了しました	

→ 次に記入

氏名		ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	必須 日中必ず連絡がとれる電話番号 －　　－
□ 構成員		1日	5,000 円	必須 会員番号 （　　） 2014 年度会費　□納入済 ※研修の受講には当年度会費の納入が必要です				次の要件に該当する方は☑して「い」へお進みください。 該当しない方は「あ」にお進みください。 □参加証送付先が「PSW 通信」送付先と同じで、勤務先は本協会に登録済（変更無）
		2日間	10,000 円					
□ 非構成員		1日	7,500 円	「あ」にお進みください。				
		2日間	15,000 円					
□精神保健福祉士をめざす学生（社会人・精神保健福祉士登録者除く）		1日	3,000 円					
		2日間	6,000 円					
□ 学生会員		1日	1,000 円	学生会員番号 （ S　　）				「あ」にお進みください。
		2日間	2,000 円					

→ 該当する方は記入

あ	参加証送付先（ご希望に☑してください）　□ 所属先　・　□ 自宅					
	所属先機関名　※参加者名簿掲載などに使うため正式名称を記入ください。					
	所属先所在地（〒　　―　　）※郵便番号は必ずご記入ください。 都道府県					
	TEL		FAX		携帯番号	
	自宅現住所（〒　　―　　）　※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。 都道府県					
い	オプション	11 月 1 日開催の懇親会（4,000 円）に「参加を希望される方」は、☑してください			□参加します	
	その他	参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地の掲載を「希望しない方」は☑してください　□掲載しません		演習班分けの参考として伺います PSW としての経験年数（　　年）		

→ 全員記入

事務局への連絡事項（手話通訳等、情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。手配の関係からお早目にお申込みいただければ幸いです。）

<個人情報の取り扱い>　本協会の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修運営や研修評価に伴う調査に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

※ 事務局記入欄（以下は記入しないでください）

受付確認　2014 年　　月　　日 ／ 2014 年度までの会費納入状況　納入済　・　未納（　　）／受講の可否　可　・　不可		
備考欄	受付印	完了印